

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Krankenkasse: _____ Geb.: _____

Email: _____

EINGANGSFRAGEBOGEN

1. Sind Sie sportlich aktiv?

- Nein Ja

2. Können Sie schwimmen?

- Nein Ja

3. Welche Dauerbelastungen treten hauptsächlich im Beruf/Alltag auf?

- Sitzen Stehen abwechselnd viel Bewegung wenig Bewegung

4. Leiden Sie an:

- Rückenbeschwerden Bluthochdruck
 Herzprobleme Gleichgewichtsstörungen
 Asthma Sonstige _____

5. Sind Sie wegen einer dieser Beschwerden in ärztlicher Behandlung?

- Ja, welche? Nein

6. Nehmen Sie Medikamente ein und wenn ja, wofür/welche?

- Ja _____

Hiermit bestätige ich, dass ich auf eigene Verantwortung und unter eigenem Versicherungsschutz an diesem Kurs teilnehme.

Dresden, _____